

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

3542, boul. de la Concorde Est, bur. 107, Laval (Québec) H7E 4W1
Tél. : 514 360-1111 | Tél. sans frais : 1 866 518-0633 | Téléc. : 514 316-3033

Réservé à Medic Solutions

No client Medic

No certificat Medic

À compléter par l'employeur	Nom de l'entreprise	Division	Classe

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT – à compléter par le participant

Nom		Prénom		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Adresse				Ville	
Province de résidence	Province de travail	Code postal	Téléphone – (de jour)	Téléphone – (autre)	
Sexe H F	Langue F A	Adresse courriel			
À compléter par l'employeur		Date d'embauche (jj/mm/aaaa)		Date d'admissibilité (jj/mm/aaaa)	
Nombres d'heures de travail par semaine		Salaire annuel de base	Commissions	Bonis	Dividendes
Occupation			Statut d'emploi Permanent Temporaire Contractuel Saisonnier		
Signature de l'employeur			Date de signature (jj/mm/aaaa)		

2 CHOIX DES PROTECTIONS – à compléter par le participant

État civil :	Célibataire	Marié	Séparé	Divorcé	Veuf	Conjoint de fait
Protection demandée pour les frais médicaux	Individuelle		Couple	Familiale	Monoparentale	Exemption*
Protection demandée pour les frais dentaires	Individuelle		Couple	Familiale	Monoparentale	Exemption*
* Veuillez joindre une preuve d'assurance à cette demande d'adhésion et la remettre à votre employeur si vous ou vos personnes à charge sont couverts par une autre assurance individuelle ou collective.						
Votre conjoint et/ou les personnes à charges sont-ils assurés en vertu d'une autre police ?	OUI	Dans l'affirmative, veuillez fournir une preuve de couverture à votre employeur et inscrire:		Le nom de l'assureur:	Mon conjoint a un plan pour frais médicaux	Individuel Familial
	NON			Le numéro de contrat:	Mon conjoint a un plan pour frais dentaires	Individuel Familial

3 RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE – à compléter par le participant

!	Vous devez inscrire votre conjoint et/ou personnes à charge, si le régime comprend l'une des garanties suivantes : Maladie complémentaire, soins dentaires ou assurance vie des personnes à charge.					
RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT						
1	Nom		Prénom			
	Sexe H F	Si conjoint de fait, date du début de la cohabitation : (jj/mm/aaaa)		Date naissance (jj/mm/aaaa)		
RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS						
2	Nom		Prénom			
	Sexe H F	Un enfant de 21 à 25 ans, doit être étudiant à temps plein et doit fournir une déclaration d'admissibilité à titre d'étudiant.		Date naissance (jj/mm/aaaa)		
3	Nom		Prénom			
	Sexe H F	Un enfant de 21 à 25 ans, doit être étudiant à temps plein et doit fournir une déclaration d'admissibilité à titre d'étudiant.		Date naissance (jj/mm/aaaa)		
4	Nom		Prénom			
	Sexe H F	Un enfant de 21 à 25 ans, doit être étudiant à temps plein et doit fournir une déclaration d'admissibilité à titre d'étudiant.		Date naissance (jj/mm/aaaa)		
5	Nom		Prénom			
	Sexe H F	Un enfant de 21 à 25 ans, doit être étudiant à temps plein et doit fournir une déclaration d'admissibilité à titre d'étudiant.		Date naissance (jj/mm/aaaa)		

4 DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES - à compléter par le participant

Bénéficiaire irrévocable / révocable : Un mineur nommé bénéficiaire irrévocable ne peut consentir à un changement de bénéficiaire et un parent ou un tuteur ne peut signer à la place d'une personne mineure à cette fin. Tous les bénéficiaires sont réputés être révocables à moins que vous n'ayez coché la case irrévocable ci-dessous, sauf au Québec. Au Québec, si un conjoint marié ou en union civile est nommé bénéficiaire, il est irrévocable à moins que vous n'ayez coché la case révocable ci-dessous.

Personne mineure : À l'extérieur du Québec, vous devriez nommer un fiduciaire qui recevra toute prestation tant que le bénéficiaire est mineur. Au Québec toute prestation sera versée au(x) tuteur(s), à moins que vous n'ayez établi une fiducie officielle.

Bénéficiaire multiple : Les pourcentages attribués pour tous les bénéficiaires doivent totaliser **100%**. Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage, toute prestation sera divisée également entre tous les bénéficiaires survivants.

S'il vous faut plus d'espace, veuillez joindre une lettre manuscrite avec votre signature.

BÉNÉFICIAIRES – vous devez parapher toute modification ou toute rature. L'utilisation du liquide correcteur n'est pas acceptée.					
Nom	Prénom	Statut	Lien avec vous	Date de naissance jj/mm/aaaa	%
		Révocable			
		Irrévocable			
		Révocable			
		Irrévocable			
		Révocable			
		Irrévocable			
		Révocable			
		Irrévocable			

DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR – NON RÉSIDENT DU QUÉBEC SEULEMENT

Toute somme payable pendant la minorité du ou des bénéficiaires mineurs* sera versée à _____, fiduciaire ou, à défaut de fiduciaire, au tuteur dûment désigné de l'enfant mineur ou des enfants mineurs en cause à titre de fiduciaire. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère Medic Solutions de toute obligation.

* Un enfant mineur s'entend d'un enfant qui n'a pas atteint l'âge de la majorité tel qu'il est défini par la loi provinciale.

5 AUTORISATION ET SIGNATURE – vous devez signer et dater le formulaire

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, le bureau d'informations médicales, toute compagnie d'assurance ou tout organisme public et institution financière, ainsi que tout agent de renseignements personnels ou agence d'investigation et de sécurité, employeur, ex-employeur détenant des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge, à donner à l'assureur, ses réassureurs et à leurs fournisseurs de services tout renseignement qu'ils pourraient requérir pour l'évaluation du risque ou lors d'une réclamation. J'autorise l'assureur, ses réassureurs et leurs fournisseurs de services à fournir et échanger tels renseignements avec eux.

En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession à fournir à Medic Solutions ou à ses partenaires assureurs tous les renseignements ou autorisation jugés nécessaires pour l'étude de la réclamation et l'obtention de pièces justificatives.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels me concernant et concernant mes bénéficiaires et personnes à charge, en conformité avec la politique de confidentialité de Medic Solutions disponible sur le site web de Medic Solutions (INSÉRER LE LIEN WEB). Je reconnais avoir lu, compris et accepté cette politique de confidentialité. Je reconnais de plus qu'aux fins de gérer notamment mes réclamations et les informations me concernant, Medic Solutions m'offrira l'accès à un portail client supporté par l'un de ses fournisseurs, Solutions Segic Inc. (« Segic »). J'accepte que lorsque j'utiliserai cette plateforme, les renseignements personnels me concernant ou concernant mes bénéficiaires ou personnes à charge que je fournirai seront communiqués à ou se retrouveront sur des serveurs administrés par Segic. À cet égard, je comprends que Medic Solutions ne contrôle pas Segic, qui est un partenaire de Medic Solutions et que Segic a ses propres politiques de confidentialité et protection des renseignements personnels.

Je comprends de plus que les renseignements personnels me concernant ou concernant mes bénéficiaires ou personnes à charge que je pourrai fournir à Medic Solutions ou déposer sur le portail supporté par Segic peuvent contenir des renseignements personnels dits « sensibles », soit des renseignements d'une nature médicale, biométrique ou autrement intime suscitant un haut degré d'attente raisonnable en matière de vie privée et je consens expressément à cette communication de renseignements personnels sensibles.

Je reconnais que les garanties offertes sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions stipulées au contrat.

Je déclare que les réponses et les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques. J'accepte et je comprends que ces réponses sont essentielles pour l'évaluation du risque, qu'elles font partie intégrante de la demande d'adhésion et qu'elles sont prises en considération dans l'étude de l'assurance demandée.

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

3542, boul. de la Concorde Est, bur. 107, Laval (Québec) H7E 4W1
Tél. : 514 360-1111 | Tél. sans frais : 1 866 518-0633 | Téléc. : 514 316-3033

Je comprends que des renseignements faux, incomplets ou inexacts peuvent entraîner le rejet de toute demande de règlement, ou même la résiliation d'une partie ou de la totalité de ma couverture.

Par les présentes, je demande à être assuré pour les garanties auxquelles je suis admissible ou auxquelles je pourrais devenir admissible, et j'autorise les retenues nécessaires sur mon salaire, tel que requis.

Une photocopie ou une copie électronique du présent formulaire d'adhésion et de l'autorisation a la même valeur que l'original. En revanche, ce n'est pas le cas pour la désignation de bénéficiaire.

Si une adresse courriel est fournie, j'autorise Medic Solutions à communiquer avec moi par courriel. Je suis conscient qu'il pourrait y avoir des renseignements PERSONNELS dans les courriels que Medic Solutions me fera parvenir. Ex. : Relevés de réclamations



Je désire une copie imprimée de ma Carte Solution M, même si une copie électronique est disponible via mon portail sécurisé.

Date (jj/mm/aaaa)

Signature du participant

Effacer